

LE LEVER PRÉCOCE EN OBSTÉTRIQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 19 Novembre 1942

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Ahmed BENABID

Né le 3 Août 1911, à ZEMOURA (Constantine)



LYON

BOSC Frères M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

—
1942

LE LEVER PRÉCOCE EN OBSTÉTRIQUE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

LE LEVER PRÉCOCE EN OBSTÉTRIQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 19 Novembre 1942

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Ahmed BENABID

Né le 3 Août 1914, à ZEMOURA (Constantine)



LYON

BOSC Frères M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

—
1942

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ.
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. A. MOREL.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. HUGOUNENQ, PIC, PAVIOT, NICOLAS, VILLARD,
NOVE-JOSSERAND, TIXIER, COLLET, GAYET, CLUZET, BERARD, COURMONT,
GUIART, PIERY, CADE, THEVENOT Léon.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. FROMENT.
Cliniques chirurgicales	SAVY.
Clinique obstétricale et Accouchements	PATEL.
Clinique ophtalmologique	SANTY.
Clinique dermatologique et syphiligraphique	RHENTER.
Clinique neurologique et psychiatrique	BONNET.
Clinique médicale infantile	FAVRE.
Clinique gynécologique	LEPINE J.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND.
Clinique urologique	COTTE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	REBATTU.
Clinique et prophylaxie de la tuberculose	CIBERT.
Clinique des maladies infectieuses	TAVERNIER.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	DUFOURT.
Chimie biologique et médicale	X.
Chimie organique et Toxicologie	PONTHUS.
Matière médicale et Botanique	FLORENCE.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL.
Anatomie	MANCEAU.
Histologie	GARIN.
Physiologie	LATARJET.
Pathologie interne	POLICARD.
Pathologie générale et thérapeutique	HERMANN.
Anatomie pathologique	CORDIER.
Chirurgie opératoire	DECHAUME.
Médecine expérimentale et comparée et Bactériologie	MARTIN J.-F.
Médecine légale	ROCHET.
Hygiène	ARLOING (F.).
Pharmacie et Pharmacologie	MAZEL.
Hydrologie thérapeutique et Climatologie	ROCHAIX.
	LEUJIER.
	GATE.



PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours d'Embryologie	MM. NOEL.
Chargé d'un cours d'Anatomie	GABRIELLE.
Chargé d'un cours de Toxicologie	CHAMBON.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
REVOL	CROIZAT	LEV RAT	PIFFAULT
ENSELME	DELORE	BANSSILLON	FROMENT (R.)
SEDALLIAN	JOSSERAND	MALLET-GUY	MARTIN (P.-E.)
CREYSSEL	MORIN	ROMAN	MOUNIER-KUHN
DE ROUGEMONT	BERTRAND	PEYCELON	BOUSSY
P. RAVAU LT	CLAVEL	PIGEAUD	JOURDAN

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. RHENTER, *président*; TRILLAT, *assesseurs*

PIGEAUD et BANSSILLON

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA GRAND'MERE

A MON PERE ET A MA MERE

En témoignage de ma profonde affection et de ma vive gratitude pour tous les sacrifices qu'ils se sont imposés.

A MA FEMME

A MON FILS

A MES FRERES ET SŒURS

A MON COUSIN LE CAID Rachid BENABID

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MES CAMARADES DES HOPITAUX DE GRENOBLE

A Monsieur le Professeur RHENTER
*Professeur de Clinique obstétricale
de la Faculté de Médecine de Lyon
Chevalier de la Légion d'Honneur
Croix de guerre 1914-1918*

Nous avons eu le plaisir de faire notre stage d'obstétrique dans son service.

Il nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre jury de thèse.

Qu'il veuille bien trouver ici l'hommage de notre respectueuse gratitude.

A MESSIEURS LES MEMBRES DE NOTRE JURY DE THESE

Hommages respectueux.

A Monsieur le Docteur Paul SAPPEY
Chirurgien-accoucheur des Hôpitaux de Grenoble

Pendant près de deux années passées dans son service il nous a toujours guidé avec une extrême bienveillance.

Il nous a inspiré le sujet de cette thèse et nous a aidé à la réaliser.

Nous sommes heureux de lui témoigner ici notre vive et sincère reconnaissance.

A MES PROFESSEURS DE L'ECOLE DE MEDECINE
DE GRENOBLE

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE GRENOBLE

LE LEVER PRÉCOCE EN OBSTÉTRIQUE

INTRODUCTION

Dans une récente communication à la Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Lyon, le 2 juin 1942, notre Maître, le Docteur Paul Sappey, chirurgien en chef du Service de Gynécologie et d'Obstétrique des Hôpitaux de Grenoble, prenait ainsi position dans la question du lever précoce des accouchées :

« Malgré de nombreux travaux antérieurs basés sur une expérimentation déjà solide, malgré ce qui se pratique couramment à l'étranger, la question du lever en obstétrique reste soumise en France à de vieilles habitudes, à de vieilles conceptions. Ces conceptions ne reposent cependant sur aucune théorie valable à l'heure actuelle, depuis que le lever précoce a fait école en chirurgie abdominale et gynécologique et qu'il est maintenant appliqué systématiquement sans discussion par presque tous les chirurgiens du monde entier.

C'est en effet en partant du fait acquis de la supériorité incontestable du lever précoce en chirurgie que l'on est en droit de s'étonner qu'une telle technique représentant un tel progrès dans l'évolution des suites opératoires n'ait pas été systématiquement appliquée en obstétrique où l'évolution des suites de couches a cependant une importance capitale.

Mieux encore qu'en gynécologie où le risque de désunion des parois a fait hésiter beaucoup de chirurgiens, l'indication du lever précoce paraît théoriquement a priori, devoir s'imposer en obstétrique. »

En effet :

1° La phlébite qui est le plus souvent redoutée dans le post-partum pourrait être prévenue par cette méthode.

2° La rétro-déviatio n fréquemment acquise dès le premier enfant, et favorisée par le séjour prolongé au lit, dans le décubitus dorsal, serait évitée.

3° L'écoulement des lochies serait facilité par la station debout.

4° La constipation habituelle chez les accouchées et entraînant avec elle tous ses risques de complications dans les suites de couches, serait efficacement combattue par une mobilisation rapide.

5° L'infection légère, même, serait favorablement influencée dès son début par une circulation pelvienne plus active.

6° L'état général enfin, rarement conservé intact, bénéficierait du lever précoce. Le maintien au lit ne fait qu'affaiblir les accouchées et prolonge cet état de dolence caractéristique des jeunes mères pendant le premier mois.

Voilà donc réunis tous les arguments qui plaident en faveur du lever précoce chez les accouchées, arguments qui sont confirmés par tous ceux qui l'ont essayé et dont cependant peu d'obstétriciens ont tenu compte.

C'est pourtant bien là que pourrait se réaliser le rêve d'un des pionniers de la méthode du lever précoce, « le mieux serait que la malade quitte à pied la salle d'opération. »

Actuellement, la plus grande divergence de vue règne au sujet du lever des accouchées. Chacun est guidé par ses vieilles habitudes, ne reposant sur aucune règle.

Pour les uns, il a lieu le 5^e jour, pour la majorité, le 10^e jour et pour d'autres enfin, du 14^e au 21^e jour.

Notre Maître, le Docteur Sappey, après avoir appliqué le lever précoce dans la plupart de ses interventions chirurgicales gynécologiques et en avoir apprécié les bienfaits, pensa qu'il n'y avait aucune raison de ne pas en étendre les indications aux quelques accouchées de son service hospitalier, où une vingtaine de lits sont réservés à l'obstétrique.

Ce sont ses résultats que nous apportons dans ce travail.

Après un rappel historique du lever précoce tant en chirurgie qu'en obstétrique nous publions la statistique des observations recueillies dans son service, la technique employée et les résultats obtenus.

LE LEVER PRECOCE EN CHIRURGIE

Le principe du lever précoce en chirurgie fut énoncé pour la première fois en 1889 par Riès de Chicago.

Par la suite, la méthode tomba dans l'oubli; il y eut bien à son sujet quelques articles de : Jascke, de Schumacher en 1927, de Serota en 1931; en 1919, à Lyon, une thèse lui fut consacrée (thèse de Vaisse, portant sur 160 cas) mais la méthode resta peu utilisée.

En France, l'un des premiers, André Chalié, s'est acheminé lentement vers la pratique du lever précoce. C'est en 1928 seulement qu'il l'applique d'une façon décisive, presque systématique après les interventions abdominales.

Définition et Technique :

Il s'agit d'une méthode destinée à obtenir une guérison plus rapide, à diminuer la fréquence et la gravité de certaines complications post-opératoires. Elle comporte essentiellement le premier lever dans les cinq jours qui suivent l'opération. On le réalisera, bien entendu, le plus tôt possible, au bout des 24 ou 48 premières heures, dès que le choc ou les malaises opératoires auront disparu.

Il est important que le malade l'accepte sans contrainte. Il faut par conséquent tenir compte des variations individuelles liées à l'âge, à l'état de santé antérieur, aux conditions dans lesquelles l'intervention a été réalisée, à la confiance et à la volonté du patient.

D'ailleurs, la méthode est bien accueillie le plus souvent et il faut donc détruire la légende de « barbarie » qu'on a créée autour d'elle.

Le tout premier lever n'est pas brutal car l'opéré s'est déjà exercé dans son lit à une certaine mobilité. De plus, il sera

toujours précédé de deux manœuvres : bandage du ventre qui constitue un soutien physique et moral très apprécié, ensuite position assise au lit qui durera plusieurs minutes avant le lever pour permettre au malade de s'habituer au nouveau régime circulatoire de son cerveau dans la position verticale.

Puis, c'est le lever proprement dit : l'opéré est placé dans un fauteuil. Parfois il accuse de petites tendances lipothymiques, il « n'est pas bien ». Il faut le remettre au lit sans plus tarder. Parfois, et c'est le cas le plus fréquent, il n'éprouve que du bien-être et prolongerait volontiers son lever d'une heure ou deux. C'est inutile, le premier lever ayant pour but essentiel de donner confiance au malade et de préparer les levers ultérieurs. Peu à peu, on augmente progressivement la durée du lever et cela est accepté avec joie par la plupart des malades.

Avantages du lever précoce :

Ses avantages sont nombreux mais de valeur inégale.

Ce sont d'abord les petits avantages :

a) rétablissement plus rapide des fonctions naturelles si fréquemment troublées par les interventions abdominales. Le lever est le meilleur remède contre la parésie vésicale, et permet un dénouement plus rapide de la crise des gaz.

b) prophylaxie des accidents de décubitus (escarres, congestions pulmonaires, atrophies musculaires, raideurs articulaires);

c) effet moral considérable; le lever précoce devient un agent de confiance et détruit chez le malade toute appréhension à l'opération;

d) gain de temps inappréciable: la convalescence est écourtée. Les dépenses sont diminuées. Les petits laparotomisés peuvent rentrer chez eux entre le cinquième jour et le neuvième jour. Les grands laparotomisés quittent la maison de santé entre le 10^e et le 14^e jour. En somme, la durée d'hospitalisation d'un laparotomisé, suturé complètement et ayant eu des suites normales, n'excède pas avec le lever précoce 8 à 15 jours.

Ce sont ensuite des avantages beaucoup plus importants.

a) *Diminution du nombre et de la gravité des complications pulmonaires post-opératoires.*

Si l'on admet que le meilleur moyen d'éviter la congestion hypostatique des bases chez un vieillard c'est de l'asseoir, et surtout de le faire marcher, cet avantage paraît évident.

Finsterer, Grégoire, Sauvé et tant d'autres font lever précocement leurs opérés de l'estomac et l'on sait que les opérations gastriques sont les plus fertiles en complications pulmonaires.

Certains auteurs, cependant, soutiennent que le lever précoce ne met pas à l'abri des complications pulmonaires, mais Chalier proteste contre une telle formule, et s'il reconnaît un certain danger pulmonaire, il le met sur le compte de grosses imprudences commises par le malade lui-même (habillement léger, courant d'air, levers trop prolongés).

b) *Lutte contre la phlébite et l'embolie post-opératoires.*

C'est le point essentiel et le plus discuté.

Dans quelle mesure cette menace du « péril bleu », peut-elle être atténuée par le lever précoce.

S'il faut en croire Forgue et Ducuing qui ont consacré d'importantes monographies à la thrombose et à l'embolie veineuses chirurgicales, le lever précoce ne peut rien contre elles.

Ils attendent donc le 12^e ou le 13^e jour pour commencer le lever, mais ils permettent ce que Henlé a appelé « la promenade au lit ».

Ces auteurs, en résumé, soutiennent l'inefficacité du lever précoce mais autorisent cependant une certaine mobilisation.

Il ne semble pas, a priori, qu'il y ait une différence fondamentale entre telle forme de mouvements et telle autre. Villard, en effet l'a bien dit : « L'effort, qu'il soit utilisé pour la station debout, la marche ou toute autre raison, est certainement dans un très grand nombre de cas, la condition déterminante des accidents emboliques.

Par conséquent, si l'on élimine une variété de mobilisation, il est logique de les éliminer toutes. Mais, si l'on admet qu'une certaine variété d'efforts peut être bienfaisante comme Forgue et Ducuing eux-mêmes le prétendent, il est tout aussi logique de s'élever de la « promenade au lit » jusqu'au lever précoce.

Or, la pathogénie des troubles veineux montre qu'il y a un réel bienfait à mobiliser assez tôt le malade.

En effet, la thrombose veineuse post-opératoire se présente souvent comme une thrombose aseptique, donc apyrétique

grandement favorisée par la stase veineuse des membres inférieurs et du bassin et demandent plusieurs jours pour se produire.

C'est pourquoi il est rationnel de penser qu'une mobilisation complète et précoce pourra s'opposer à la formation d'un caillot long et gros, le seul dangereux au point de vue vital.

Dans certains cas, cependant, la thrombose peut être antérieure à l'intervention ou survenant de suite après elle. Alors, le lever précoce sera trop tardif pour l'éviter. Par contre, il pourra causer la mobilisation d'un caillot mais ce caillot sera mal organisé. L'embolie qui en résultera par conséquent sera rarement mortelle.

C'est ainsi qu'André Chalié avant de réaliser le lever précoce avait en trois ans observé un certain nombre d'embolies pulmonaires dont cinq mortelles, et beaucoup de phlébites de gravité et de durée variables. Or, pendant les 5 premières années où il pratiqua le lever précoce (ce dernier étant complété d'ailleurs par certaines mesures telles que : cure digitalique, hirudini-sation, administration de citrate de soude per os), il n'a vu aucun cas d'embolie mortelle chez ses opérés levés.

Il semble donc que le lever précoce (Chalié est très catégorique) empêche la plupart des complications post-opératoires.

Cependant, ce n'est pas là l'avis de tous les chirurgiens. S'il en est comme Villard qui déconseillent nettement le lever précoce, accusant l'effort brusque et la station debout, d'autres moins sévères comme Cotte et Ricard, sans être opposés au lever précoce admettent qu'il n'éloigne pas le spectre de l'embolie.

On ne peut évidemment affirmer que le lever précoce évite les phlébites et les embolies mais il est certain qu'il en diminue la fréquence.

Indications et contre-indications

Le lever précoce est surtout indiqué à partir de l'adolescence, à l'âge où l'on commence à redouter l'hypostase et la phlébite.

Au point de vue de l'opération pratiquée, l'indication optimale est remplie par les opérations aseptiques terminées par une suture complète de la paroi :

Cures de hernie (indication discutée à cause du risque de ré-

cidive) dont on connaît la fréquence des complications veineuses, opérations sur la vessie et la prostate chez l'homme, sur les organes creux (appendice, estomac, intestin).

La solidité des parois (celles-ci faites avec grand soin) ne court aucun risque avec le lever précoce.

Il faut être plus prudent dans la chirurgie du gros intestin où l'infection est davantage à redouter et où les sutures sont donc plus fragiles. Il en est de même pour les interventions sur le foie et la vésicule biliaire.

Certains chirurgiens pensent que pour les laparotomisés drainés, il est préférable de s'abstenir de faire le lever précoce, surtout lorsqu'il s'agit d'un drainage à la mickulicz, mais Chailier estime que la question du drainage ou du non drainage n'a pas en soi une grande importance si la solidité de la paroi est assurée.

Mais c'est surtout en se basant sur l'état du malade après l'intervention, que l'on posera ou non l'indication du lever précoce. Il serait en effet absurde de vouloir lever les choqués, les grands anémiés, les malades déprimés avec cœur plus ou moins défaillant, de même que les malades en danger d'infection ou d'hémorragie. Le lever précoce est également contre-indiqué chez les cachectiques et dans les cas de déficience pariétale (hernie, éventration, périnée).

La réfection de la paroi peut être considérée, en effet, comme la « pierre angulaire » de la méthode.

En résumé, le lever précoce chirurgical avec ses avantages et sa technique bien définie se présente comme une méthode suffisamment satisfaisante, pour que nombre de chirurgiens l'aient admis.

L'idée de l'étendre à l'obstétrique devait nécessairement naître chez ceux qui sont à la fois des chirurgiens et des accoucheurs. Et cela d'autant plus que l'on passait d'un phénomène artificiel comme l'est une intervention chirurgicale au phénomène essentiellement naturel qu'est un accouchement. D'une part, on agit sur un terrain morbide, tandis que de l'autre on assiste à un acte physiologique.

LEVER PRECOCE EN OBSTETRIQUE

Il fut préconisé déjà en 1889 par Charpentier (nous rappelons en passant la similitude de date avec le lever par Ries de Chicago). Boldt, de New-York, l'essaya en 1891.

En Allemagne, quelques années plus tard, Wild recommande à ses accouchées de faire des exercices de gymnastique au lit. Kutzner, de Breslau, fit lever 600 femmes sur 1.000 accouchées en deux ans. Le lever avait lieu entre le 3^e et le 5^e jour. Les autres femmes présentaient une contre-indication quelconque à une mobilisation précoce. Les résultats de son expérience furent favorables : rareté des vertiges, involution utérine rapide, heureuse influence sur le moral des femmes.

A la suite d'une enquête faite en Allemagne, en 1912, beaucoup d'accoucheurs, dont Bumm et Bier, de Berlin, Kummel de Hambourg se montrèrent partisans de la méthode du lever précoce.

En France, malgré l'opinion de Charpentier, l'essai fait par Bar en 1904, la campagne de Deplats contre le lever au 9^e jour, on fut lent à se décider. Le Professeur Fabre, en 1912 et 1913, fait lever ses accouchées au 5^e jour. Les résultats de cet essai furent réunis et publiés dans la thèse d'un de ses élèves (Lhoste en 1913).

Plus tard, au Congrès de Gynécologie et d'Obstétrique de Bruxelles en 1919, la question fut présentée par Bourcard et Brouha qui se déclarèrent favorables à une mobilisation plus précoce des accouchées.

Depuis cette date, peu de travaux lui furent consacrés. Cependant, après les publications d'André Challier sur le lever précoce en chirurgie et les résultats brillants obtenus par les chirurgiens qui l'appliquèrent, certains accoucheurs reprirent cette méthode. Des faits probants furent communiqués par Cristea, Busuioesco de Bucarest. Il lève ses accouchées au 3^e jour et n'a eu aucun accident. Le Congrès de Gynécologie et d'Obstétrique d'Amsterdam en 1938 arrive aux mêmes conclusions.

En Allemagne, en Pologne et dans beaucoup de pays étrangers, le lever se pratique couramment entre le premier et le troisième jour.

Nous rappellerons pour mémoire que, dans beaucoup de campagnes françaises et chez les peuplades primitives ou peu évoluées, le lever se fait dans les trois ou quatre premiers jours qui suivent l'accouchement, et l'accoûchée reprend son travail normalement sans présenter d'accidents ou de complications post-partum imputables au lever précoce.

Actuellement, nulle règle ne régit le lever des accouchées. Chaque accoucheur, chaque sage-femme a sa technique spéciale et l'on est stupéfait de constater les diversités de vues observées à ce sujet. Le lever s'effectue au petit hasard des idées de chacun aussi bien de celles de l'accouchée que de celles de son entourage. C'est le premier ou le deuxième jour pour les romanichels, le huitième ou le neuvième jour pour la grande majorité, le douzième ou le quatorzième jour pour quelques-uns, le vingt-et-unième jour pour les vieilles écoles.

Cependant, deux méthodes seulement doivent être envisagées et discutées : celle du lever précoce entre le premier et le cinquième jour et celle du lever tardif entre le quatorzième et le vingt-et-unième jour.

Ces deux méthodes ont leurs raisons, selon que l'on accepte le principe du lever précoce « geste préventif », moyen prophylactique des phlébites et des embolies. Elles ont leurs adeptes qui les soutiennent ; leurs arguments sont logiques et raisonnés.

Mais la méthode qui est peu défendable est celle qui consiste à faire le « lever moyen » entre le 8^e et le 10^e jour. Ce lever intercalaire est malheureusement le plus répandu dans le public et dans la clientèle des praticiens et sages-femmes. Tous les spécialistes se sont élevés contre cette pratique qui est la moins logique et la plus dangereuse. C'est à cette époque, en effet, que la phlegmatie peut apparaître et l'embolie se déclarer. Les efforts du lever aidant le caillot constitué à se détacher du lieu de sa formation et causer les troubles les plus graves.

C'est elle qui est cependant reconnue officiellement par les règlements des hôpitaux, cliniques et sociétés qui traitent le forfait d'accouchement sur la base d'une hospitalisation de douze jours, mettant ainsi, presque obligatoirement, le lever au 10^e jour.

Cette conception est illogique, car, ou on lève l'accouchée trop tôt si on redoute la phlébite et l'embolie, ou on la lève trop tard si on veut, à la manière des chirurgiens, voir un « geste préventif » dans le lever précoce.

TECHNIQUE DU LEVER PRECOCE

Le Docteur Sappey en définit la technique ainsi. Il a simplement depuis deux ans appliqué à ses accouchées la méthode du lever vraiment précoce qu'il emploie chez ses opérées, c'est-à-dire :

Lever dès les premières 24 ou 48 heures.

Lever progressif, limité à 1/4 d'heure le premier jour, 1/2 heure et plus les jours suivants pour arriver peu à peu au 12^e jour à ce que le séjour au lit soit pratiquement supprimé et que la sortie puisse à ce moment-là — sauf complications déclarées ou à prévoir, bien entendu — être autorisée sans inconvénient.

Les soins restent exactement les mêmes que pour l'accouchée immobilisée, en particulier : évacuations vésicale et intestinale sur le bassin au lit, toilette consécutive, garniture vulvaire aseptique. Interdiction de sortir de la salle de façon à éviter de manière certaine l'usage des W.-C.

Le repos doit continuer à être observé pendant quelque temps encore après la sortie et le travail ne pas, tout comme par le passé, être repris avant les six semaines réglementaires.

Il n'a évidemment pas fait lever les grandes hémorragiques, les fébriles, les larges déchirées, les albuminuriques œdématisées, les cardiaques, etc. Mais il a fait lever des chirurgicales (forceps, césariennes) .

Il n'a jamais observé le moindre incident. Il n'a eu à noter que des avantages.

Il est inutile d'insister sur le fait que le lever précoce est laissé au libre choix des accouchées.

OBSERVATIONS

Pour une période allant du 22 novembre 1940 au 22 juin 1942, nous avons relevé 369 accouchements, dont 328 furent suivis du lever précoce.

Sur ce nombre, nous avons pu revoir 68 femmes après un laps de temps allant de quelques mois à un an et demi après leur accouchement.

Nous avons eu :

- 308 présentations du sommet, dont 15 avec application du forceps ;
 - 9 présentations du siège, dont 3 avec grande extraction du siège et délivrance artificielle ;
 - 1 présentation de l'épaule ;
 - 1 présentation de la face ;
 - 2 césariennes pour bassin rétréci ou placenta prævia.
- 41 accouchées ne furent pas levées pour :
- Cardiopathies mal compensées ;
 - Albuminuries importantes ;
 - Grosses hémorragies (placenta prævia, hémorragies de la délivrance) ;
 - Bacilloles évolutives ;
 - Anémie type de Biermer.

Il est à noter que, parmi les accouchées levées précocement, certaines d'entre elles présentaient une petite déchirure périnéale, sans lésion du sphincter anal ; d'autres avaient eu une épisiotomie large. D'autre part, 2 bacillaires pulmonaires, porteuses d'un pneumothorax unilatéral furent levées sans inconvénient. Revues quelques mois après, leur état général était satisfaisant.

Neuf césariennes furent elles aussi levées le lendemain de l'opération. Tout se passa bien.

Ainsi, sur 328 accouchées levées précocement, nous n'eûmes à déplorer aucune complication du fait de la méthode. Le seul inconvénient fut que certaines femmes se sentant rétablies dès le 6^e ou le 7^e jour insistèrent pour rentrer chez elles, malgré l'avis contraire du chef de service.

Leurs suites de couches furent d'ailleurs tout à fait normales.

AVANTAGES DU LEVER PRECOCE

De l'étude des observations que nous venons de faire, il résulte les constatations suivantes :

1° *La température* dépasse rarement 38° pendant les deux premiers jours ; elle descend ensuite à la normale pour s'y maintenir jusqu'à complète guérison ;

2° *Le pouls*, rapide au premier lever, redevient normal au bout de quelques minutes. Il se maintient à la moyenne de 70-80 pulsations, ramenant un peu plus rapidement à la norme la bradycardie considérée comme physiologique chez les accouchées ;

3° *Les fonctions intestinales et vésicales* sont nettement améliorées et vite rétablies. Cette amélioration est aussi nette que dans le lever précoce chirurgical. Les lavements et purgations sont ainsi évités et le sondage vésical fréquent après les applications de forceps n'est plus ou rarement utilisé ;

4° *L'écoulement des lochies* est grandement favorisé par la station debout ; la rétention n'est plus à craindre grâce à un drainage plus facile ;

5° *L'involution utérine* est plus rapide qu'avec le lever tardif. Le fond utérin a souvent disparu derrière la symphyse pubienne, entre le 10^e et le 12^e jour. Tous ceux qui se sont intéressés à la question arrivent aux mêmes conclusions et Lhoste, dans sa thèse (Lyon 1913), note que 79 % des utérus ont disparu derrière la symphyse au 12^e jour ;

6° En ce qui concerne *la phlébite et les embolies*, on ne peut s'en tenir qu'au geste préventif du lever précoce.

Chez toutes nos accouchées, nous n'avons pas eu un seul accident d'origine veineuse. Le fait que l'on n'en ait pas eu ne prouve nullement qu'il s'en serait produit avec une méthode différente.

Cependant l'étude de la pathogénie des phlébites prouve qu'en plus du terrain particulièrement exposé du fait de la plaie utérine elle-même, des déchirures possibles du col ou des téguments, etc., il existe d'autres facteurs aseptiques susceptibles de favoriser la coagulation du sang in situ ; tels les modifications de la crase sanguine, et surtout le ralentissement de la circulation avec formation d'un coagulum à l'intérieur des vaisseaux, sur lequel se greffe un caillot secondaire ou caillot de stase.

Si donc l'infection demeure la cause primordiale de la phlébite, certaines causes adjuvantes peuvent cependant la favoriser. Pourquoi donc faciliter la gêne circulatoire en laissant les accouchées au lit ?

Une mobilisation précoce ne pourrait qu'aider à éviter l'apparition de la thrombose et de l'embolie. Au Congrès de Gynécologie et d'Obstétrique d'Amsterdam en 1938, le rapporteur a conclu dans le même sens. Aussi, il fait lever ses accouchées le 2^e jour après l'accouchement. De même Wischman reconnaît qu'une mobilisation précoce n'est pas du tout une cause déterminante ou adjuvante de l'embolie et Leriche a dit que « l'immobilisation n'empêche pas les embolies quand il veut s'en produire ».

Il est courant, en effet, de rencontrer dans les services hospitaliers des phlébitiques qui, bien qu'immobilisées, présentent, et parfois à plusieurs reprises, des accidents emboliques.

Les dernières théories sur l'origine des phlébites et des embolies vont même plus loin. L'embolie serait due à un mélange rapide et brusque des sangs cave et porte au niveau de leurs anastomoses dans le petit bassin, déterminant ainsi un choc colloïdal. Le lever précoce, tendant à entretenir une circulation normale et régulière peut donc éviter ce mélange brutal (1).

(1) A. Fienerer. A propos de la pathogénie des embolies pulmonaires post-opératoires. *Gazette des Hôpitaux*, 113^e année, N^{os} 53-54, p. 521.

REPROCHES FAITS AU LEVER PRECOCE

Deux complications tardives des suites de couches méritent une étude particulière :

- la rétrodéviation,
- le prolapsus génital.

Elles sont bien souvent mises sur le compte du lever précoce.

Dans le but de vérifier cette opinion, nous avons donc convoqué toutes les accouchées dont nous avons présenté les observations. 68 d'entre elles seulement revinrent dans le service.

L'examen génital fut négatif pour toutes.

L'utérus était de dimensions normales, en bonne position, sans rétroversion ni antédéviation pathologique. Il n'y avait pas de prolapsus.

Le lever précoce n'a donc provoqué aucune de ces deux affections chez les femmes examinées.

Le nombre est trop peu élevé pour qu'on en tire des conclusions absolues, mais les résultats obtenus ne sont pas défavorables à la méthode.

D'ailleurs :

1° *La rétrodéviation* est souvent acquise après le premier accouchement. Après un séjour prolongé au lit, la position en décubitus dorsal peut faire plier l'utérus en arrière dans le Douglas. Cette tendance est naturellement exagérée lorsqu'il y a un arrêt d'involution dû à une infection utérine. L'utérus resté gros et mou en raison de la métrite puerpérale, bascule sous l'influence de son poids et de la pression intestinale. La laxité des ligaments ronds et des ligaments larges qui ne l'orientent plus favorise ce renversement.

En position debout, au contraire, le fond utérin, sollicité par son poids, tendra à basculer normalement en avant.

2° *Le prolapsus génital* est le gros reproche fait au lever précoce, et, à première vue, l'objection paraît sérieuse.

Ce n'est pas l'avis du Docteur Sappey qui écrit :

« Les prolapsus ne se produisent pas davantage qu'avec la méthode du lever tardif, et j'ai eu l'impression inverse qu'ils doivent se produire moins. La crainte du prolapsus pourrait, en somme, être le seul vrai écueil du procédé. C'est le reproche qui vient aussitôt à l'esprit dès qu'on parle du lever précoce chez une accouchée.

Mais cette crainte est-elle justifiée ?

Que se passe-t-il chez une prolabée, lorsqu'une grossesse s'installe ? Aussitôt que l'utérus prend un volume suffisant, vers un mois et demi ou deux mois, il est remonté et soutenu au niveau de l'isthme par les muscles du périnée et le prolapsus disparaît. Or, quel est le volume de l'utérus au 14^e jour ou même au 21^e jour ? Il est encore en subinvolution et correspond justement alors, à celui d'une grossesse au début. Il est encore trop gros pour pouvoir se laisser glisser dans l'hiatus musculaire élargi.

Le risque du prolapsus ne se produit vraiment que plus tard, du 30^e au 40^e jour et cependant personne ne prétend que la femme devrait encore être immobilisée en position horizontale à cette époque, pour prévenir un prolapsus possible.

Mieux encore, l'expérience a montré que la musculature périnéale reprend au cours du lever précoce une tonicité plus efficace, et l'on obtient beaucoup plus rapidement des vulves rétractées et des périnées résistants au lieu des vagins longtemps béants si habituels aux suites de couches du lever tardif.

J'ai même remarqué que les périnées suturés même avec 2 ou 3 fils, tiennent aussi bien, je dirai même mieux, avec un lever précoce qu'avec un lever tardif, comme cela se passe d'ailleurs pour les parois abdominales en chirurgie.

J'ai le souvenir d'une récente myorraphie des releveurs pour un prolapsus total. La malade par suite d'un état délirant, n'a cessé de se lever dès le réveil anesthésique, et jamais un périnée aussi difficile n'a aussi bien tenu. Il s'agissait pourtant d'une myorraphie itérative chez une femme de 43 ans, qui, après une première réfection totale, faite 4 ans auparavant, avait eu à nouveau une déchirure vulvo-anale totale à la suite d'un récent accouchement. Le pronostic était donc peu favorable pour la bonne tenue d'une suture faite dans de mauvaises conditions, au niveau de tissus cicatriciels de mauvaise qualité.

On a voulu prouver dans le fait que le prolapsus était plus fréquent à la campagne, la preuve que le lever précoce — dont les paysannes usent volontiers — en est la cause. La raison en est toute autre ; le prolapsus ne se produit que s'il y a déchirure du périnée, et, s'il y a chez les campagnardes ou chez les femmes du peuple autant de prolapsus, c'est que malheureusement, leurs accouchements ont été mal dirigés, bien souvent par des matrones qui se soucient fort peu des déchirures et de leur restauration ou que, dès les premiers jours, elles ont repris leurs travaux de force.

Toute la question est là. »

★★

Reste un dernier reproche que certains adressent à la méthode du lever précoce et qui relève, si l'on peut dire, du domaine sentimental. On entend souvent dire, en effet, « la grosse majorité des accouchées appartient à la classe des travailleurs : paysannes ou ouvrières. Leur séjour à la maternité est le seul moment où elles peuvent profiter du repos. Pourquoi donc les lever de suite après leur accouchement ? ». A ceci nous répondrons que le lever précoce n'est jamais forcé et qu'il est toujours supporté sans fatigue ; les forces reviennent au contraire plus vite, ce qui est un avantage. D'ailleurs, elles ne quittent le service qu'après le 14^e jour, mais alors avec un état général parfait.

★★

Contre-indications

Nous ne levons pas :

- 1° les grosses déchirures du périnée,
- 2° les hémorragies graves du travail ou de la délivrance,
- 3° certaines césariennes ; la contre-indication est plutôt ici d'ordre chirurgical qu'obstétrical.

(Rappelons que nous avons levé 9 femmes ayant subi une opération césarienne. Nous n'eûmes aucune complication. Par contre, M. Lacomme (Paris) a fait un essai portant sur 4 cas. Il a observé 2 phlébites et une fois il a suspendu le lever par prudence.)

4° les albuminuries graves,

5° les cardiopathies mal compensées (bien que, pour certaines, la contre-indication ne soit pas formelle dans ces cas ; il y aurait danger à immobiliser complètement les cardiaques mal compensées ;

6° les tuberculoses pulmonaires évolutives.

Il faut adjoindre à ces contre-indications, certaines autres que nous n'avons pas rencontrées au cours de l'examen des observations. Ce sont :

- les pyélonéphrites avec hyperthermie,
- les fièvres puerpérales,
- les phlébites immédiates.

Par contre, ne peuvent être considérées contre contre-indications :

- les affections des seins même avec température,
- les interventions manuelles ou instrumentales pas trop laborieuses et n'ayant pas entraîné de grosses lésions des parties molles ,
- les petites sutures du périnée,
- les bacilloles stabilisées.

**

Voilà donc terminée notre étude sur le lever précoce en obstétrique.

Les constatations que nous avons faites sont en faveur de ce procédé qui, non seulement séduit l'esprit, mais a fait ses preuves pratiques. Tous ceux qui ont pu l'expérimenter et apprécier ses avantages l'ont systématiquement adopté.

Dans la région de Grenoble, nombreux sont les médecins et les sages-femmes qui maintenant l'emploient et nombreuses aussi sont les accouchées qui le réclament. L'avis des multipares qui ont pu comparer les deux méthodes est unanime ; elles donnent sans hésiter leur préférence au lever précoce.

Tous les familiers du service ont maintenant leur conviction faite et ont donné l'exemple. Le Docteur Sappey, qui était jusqu'alors fidèle au lever après le 14^e jour, a fait lever sa femme, pour son 5^e accouchement, dès le premier jour. La sage-femme adjointe et une infirmière du service ont également adopté cette méthode, l'une pour les deux premiers, l'autre pour son troisième enfant. Enfin, notre femme, elle-même, en a bénéficié lors de son premier accouchement.

Le nombre d'observations est certes restreint puisque sur 60 lits du service du Docteur Sappey, 20 seulement sont réservés à l'obstétrique, mais d'autres ont été aussi publiées, tant en France qu'à l'étranger.

Le Docteur Contamin, chirurgien accoucheur suppléant des Hôpitaux de Grenoble, qui, de son côté, pratique le lever précoce dans sa clientèle depuis deux ans, nous a déclaré que les résultats qu'il a obtenus sont excellents et qu'il n'a eu aucun accident.

Le Docteur Cristea Busuioesco, de Bucarest, indique aussi qu'il lève ses accouchées le 3^e jour sans incident.

Enfin, le Docteur Pogonowski, chirurgien accoucheur de Cracovie, réfugié à Grenoble, nous rapporte que la méthode est couramment employée en Pologne et que, pour sa part, il n'a eu que des avantages à constater depuis qu'il l'applique.

CONCLUSIONS

I. — Le lever précoce étant admis par presque tous les chirurgiens, il n'y a aucune raison de ne pas l'étendre à l'obstétrique où l'accouchement est un acte essentiellement naturel.

II. — Il doit se faire, tout comme en chirurgie, dans les 24 ou 48 premières heures qui suivent l'accouchement.

III. — Le lever précoce a une action bienfaisante certaine sur :

- la température et le pouls,
- les fonctions intestinales et vésicales,
- l'écoulement des lochies,
- l'involution utérine,
- le retour des forces.

IV. — Le lever précoce est un « geste préventif » contre :

- la phlébite et l'embolie,
- la rétro-déviatio.

V. — Le lever précoce ne paraît pas favoriser le prolapsus génital.

VI. — Il est contre-indiqué en cas de :

- grosses lésions des parties molles,
- cardiopathies mal compensées,
- bacillooses évolutives,
- anémies graves (type Biermer ou post-hémorragiques),
- pyélonéphrites avec hyperthermie,
- fièvres puerpérales.

Vu :

Le Doyen,
JEAN LEPINE.

Vu :

Le Président de la Thèse,
RHENTER.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 4 Novembre 1942.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
GAU.

BIBLIOGRAPHIE

- ALEVENSLEBEN. — *Presse médicale*, 19 sept. 1908.
- AUDEBERT. — *Archives médicales de Toulouse*, 1899.
- BAR. — Pratique de l'art des accouchements. *Journal des Praticiens*, 30 avril 1910.
- BEUTTNER. — *Société d'Obst. et de Gynec. de la Suisse Romande*, 1906.
- BOUCHACOURT. — *Presse médicale*, 1907.
— *Revue d'obst. et gynéc.*, oct. 1912.
- BOURCARD et BROUCHE. — *Gynec. et obst.*, 1919.
- BOSC. — *Gazette médicale, Paris* 1899.
- BOUFFLE DE SAINT-BLAISE. — *Revue d'obst. et gynéc.*, nov. 1912.
- DE BOVIS. — *Semaine médicale*, 12 fév. 1908.
- BROTHERS. — *Semaine médicale*, 1907, p. 27.
Bulletin Médical du 7 décembre 1912.
- CABANES. — *Les curiosités de la médecine*.
- CAMACHO. — *Thèse de Paris*, 1906.
- CHALLIER (André). — *Lyon chirurgical*, nov. 1929.
— *Lyon chirurgical*, 1933.
— *Lyon chirurgical*, 1934.
— *Bulletins et mémoires Société de Chirurgie*, nov. 1929.
— *Académie de Médecine*, mars 1930.
— *Monde Médical*, janvier 1935.
— *Congrès français de chirurgie*, oct. 1933.
— *Société des Chirurgiens de Paris*, mai 1934.
— *Société française de Gynécologie*, nov. 1938.
- CHARLES. — *Journal d'accouchement*, 1906.
- CHARPENTIER. — *Traité pratique d'accouchement*, 1889.
- COTTE. — *Lyon chirurgical*, février 1939.
- CRISTEA BUSUIESCO. — *Revista de obstetrica ginécologia si puericultura*. Bucarest, avril 1938.
- LACOMME, PALMER, JAMAIN et DOUAY. — *Gynécol. et obstét. de Paris*. Tome I-II, 1942, p. 78.
- DARCANE-MOUROUX (Mme). — *Presse médicale*, avril 1910.

- DEBRADÉ. — *Thèse de Paris*, 1909.
- DEPLATS. — *Journal de Société médicale de Lille*, 1899.
- DUJOL. — *Thèse de Lyon*, 1913.
- DOLERIS. — Métrites et fausses métrites.
- ENGELMAN. — *Pratique d'accouchement chez les peuples primitifs*.
- FABRE. — *Précis obstétrique*.
- FAURE. — *Thèse de Lyon*.
- FLÈCHE. — *Thèse de Bordeaux*, 1906-1907.
- FOLLIASSON. — *Bulletin et mémoires Société Chirurgicale Paris*, juill. 1933.
- FORGUE. — *Rapport 8^e Cong. Société Internationale chirurgie*, 1929.
- FROMME. — *Presse médicale*, 10 avril 1909.
- HEGAR. — *Deutsche medical Woche*, 1906.
- HENNE. — *Monatschrift für gebürtshülfe und gynecologie*, page 544, fascicule V, vol. XX^X.
- JEANNIN. — *Presse médicale*, mars 1906.
- *Revue de gynéc. et de chirur. abdom.*, février 1913.
- KUSTENER. — *Zeitschr für geburtsch und gyn.*, 1898.
- *Abeille médicale*, N^o 23, 17 déc. 1898.
- KUMMEL. — *Presse médicale*, 2 oct. 1909.
- LHOST. — *Thèse de Lyon* 1913.
- LA CHAPELLE (Mme). — *Pratique des accouchements*.
- MUIRER. — *Journal d'accouch.*, 27 mars 1910.
- MEYER. — *Munchener medizinische wochenschrift*, 1909.
- MIQUEL MAILLE. — *Thèse de Toulouse*, 1909-1909.
- PICHEVIN. — *Semaine gynec.*
- PINARD. — *Clinique obst.*, 1899.
- REGNAULT. — *Correspondant médical*, 37 sept. 1898.
- REYNES. — *Séance de l'Académie de médecine*, 17 mai 1910.
- RIBEMONT-DESSAIGNES et LE AGE. — *Précis d'obst.*
- RICARD. — *Lyon chirurgical*, fév. 1939.
- RIES. — *Journal américain Médical Association*, avril 1899.
- SAPPEY. — *Société obst. et gynéc.*, Lyon, juin 1942.
- SCHOEFFER-POTOCKI. — *Atlas manuel d'obst. clinique*.
- SUE. — *Essais historiques, littéraires et critiques de l'art des accouchements*.
- TARNIER. — *Traité de l'art des accouchements*.

- THÉVENOT. — De la rétroflexion de l'utérus chez les femmes récemment accouchées.
- VANCE. — *Semaine médicale*, 1907.
- VANVERTS. — *Revue de gynec. et de chirurgie abdominale*, févr. 1913.
- VARNIER. — La pratique des accouchements.
- VILLARD. — *Lyon chirurgical*, 1929. — *Lyon chirurgical* 1939.
- VOILET. — Hygiène de la grossesse et des suites de couches, 1909.
- WITKOSWSKI. — Histoire des accouchements chez tous les peuples.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.	9
Le lever précoce en chirurgie.	11
Définition et technique.	11
Avantages du lever précoce.	12
Indications et contre-indications.	14
Le lever précoce en obstétrique	16
Technique du lever précoce.	19
Observations.	20
Avantages du lever précoce.	22
Reproches faits au lever précoce.	24
CONCLUSIONS.	29
BIBLIOGRAPHIE.	31

IMPRIMERIE
BOSC FRÈRES, M. & L. RIOU
42, QUAI GAILLETON, 42
LYON

